様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

伊佐市長　　　　様

**伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書**

　伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第７条の規定により、次のとおり申請及び請求します。また、助成金の交付に当たり、伊佐市が住民基本台帳その他の公簿等の閲覧及び関係医療機関等へ照会することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | フリガナ |  | | | | 電話番号 |
| 氏　　名 | ㊞ | | | |  |
| 住　　所 | 〒 | | | | 対象者との続柄 |
|  |
| 対 象 者 | フリガナ |  | | | | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 | □申請者と同じ | | | | 年 　月　 日 |
| 住　　所 | 〒  □申請者と同じ | | | | |
| がんの治療状況 | | 医療機関名 |  | | | |
| 主治医名 |  | 治療方法 | 手術・化学・放射線  その他（　　　　　　　　） | |
| 申請区分 | | 医療用ウィッグ等 | | 胸部補整具 | | |
| 過去の受給の有無 | | 有　・　無 | | 有　・　無 | | |
| ※過去に他市町村で購入助成を受けたことがある場合は「有」に〇を付けてください。 | | | | | | |
| 申請内容 | 購入年月日 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | |
| 購入費  （税込価格） | 円 | | 円 | | |
| 助成申請額（1,000円未満切り捨て） | 円 | | 円 | | |
| 振込先 | | 銀行　農業協同組合  信用金庫（　　　） | | | 本店  支店 | |
| 種別 | 口座番号 | | 口座名義人（カタカナ） | |
| 普通・当座 |  | |  | |
| 口座名義が申請者と異なる場合  　上記の助成金の受領に関することを次の者に委任します。  　受任者　住所  　　　　　氏名　　　　　　　　　　（申請者との続柄：　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委任者（申請者）氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） | | | | | | |

**添付書類**

1. がんの治療を受けていることを証明する書類（治療方針計画書、診療明細書等）の写し
2. アピアランスケア用品を購入したことを証明する書類（対象者の氏名、購入年月日、品名及び金額の記載のある領収書）の写し
3. 通帳等（振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページ）の写し
4. 対象者を確認する書類の写し（住民票、運転免許証、マイナンバーカード等）
5. その他市長が必要と認める書類